

DE
L'OSTÉO-MYÉLITE LARVÉE

DES OSTÉALGIES OSTÉO-MYÉLITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston MIALARET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Raon-l'Étape (Vosges), le 23 novembre 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

DE

L'OSTÉO-MYÉLITE LARVÉE

DES OSTÉALGIES OSTÉO-MYÉLITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston MIALARET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Raon-l'Étape (Vosges), le 23 novembre 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON, id.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Et.).	
	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*; AUGAGNEUR et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR BIEN AIMÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

en témoignage de ma reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI JOURDAN

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Au mois de janvier 1893, M. le professeur Pôncet fit à la Société de médecine de Lyon une communication sur une nouvelle forme d'ostéo-myélite, qu'il désigna sous le nom « d'ostéo-myélite larvée » (1). Dans ses leçons magistrales du semestre d'été 1893, ce maître éminent a souvent parlé à ses élèves de cette variété d'ostéo-myélite. C'est lui qui nous a inspiré ce travail, quand nous lui avons demandé un sujet pour notre thèse.

Dans cette étude, nous avons eu une forme d'ostéo-myélite ne se révélant cliniquement par aucune lésion appréciable, et caractérisée essentiellement, pour nous, par des douleurs plus ou moins vives, occupant telle ou telle partie du squelette. Le nom d'ostéo-myélite larvée, d'ostéalgie ostéo-myélitique nous paraît dès lors bien convenir à cette forme d'altérations osseuses.

(1) *Province Médicale*, 21 janvier 1893.

Depuis les progrès réalisés par les recherches microbiologiques des dernières années, nous savons qu'il existe une véritable maladie ostéo-myélique, caractérisée habituellement par l'existence du staphylocoque pyogène, parfois du streptocoque, ou encore d'autres agents microbiens, tels que le pneumocoque et le bacille d'Eberth.

Entre la forme la plus atténuée de cette affection, révélée simplement par une douleur plus ou moins vive, ne se manifestant pas toujours à la pression, et celle où nécrose et suppuration arrivent promptement, il n'y a qu'une différence de degrés.

Parmi ces manifestations cliniques intermédiaires, on peut citer l'ostéo-myélite chronique de Lannelongue et certaines hyperostoses juxta-épiphyseaires (1).

Après un historique de la question, nous étudierons dans un premier chapitre les caractères de ces douleurs, se développant exclusivement chez des sujets présentant un ou plusieurs foyers ostéo-myélitiques apparents.

Nous diviserons ces ostéalgies en :

1° Ostéalgies disparaissant après quelques heures, sans laisser de traces appréciables.

2° Ostéalgies persistantes, pouvant donner lieu à des troubles du squelette douloureux, et devant être considérées comme la première étape d'une maladie ostéo-myélitique.

Dans un deuxième chapitre, nous établirons l'ana-

(1) EVEN. Thèse de Paris, 1892.

logie de ces douleurs ostéalgiques avec les douleurs dites de croissance.

Dans un troisième chapitre, nous nous préoccupons des agents infectieux. Expériences.

Le quatrième chapitre sera consacré au mode d'action des agents infectieux, qui peut être rapproché du microbisme latent de Verneuil.

Cinquième chapitre : Observations.

Conclusions.

Ce modeste travail a été fait sous la direction et les conseils éclairés de M. le professeur Poncet.

Pendant les deux semestres que nous avons passé comme stagiaire dans son service à l'Hôtel-Dieu, nous avons profité des leçons si pratiques de ce maître éminent.

Aujourd'hui, il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous tenons à le remercier hautement et à lui offrir l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le professeur Ollier et M. le professeur agrégé M. Pollosson, de l'amabilité avec laquelle ils nous ont permis de recueillir des observations dans leur service à l'Hôtel-Dieu.

Nous n'oublierons pas nos maîtres des Facultés de Nancy et Lyon, et nous garderons toujours un respectueux souvenir de leurs savantes leçons. Nos maîtres de l'École du service de santé militaire ont aussi droit à notre reconnaissance ; en particulier, M. le médecin-major Brousse, qui nous a donné de bons conseils relatifs à ce travail, et qui nous a enseigné

les premiers préceptes de la chirurgie. Qu'il reçoive l'expression de notre vive gratitude.

Nous devons aussi remercier M. le D^r Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous aider dans notre tâche et nous guider dans nos recherches. Sa compétence en bactériologie nous a été d'un grand secours.

DE
L'OSTÉO-MYÉLITE LARVÉE

DES OSTÉALGIES OSTÉO-MYÉLITIQUES

NOTES HISTORIQUES

En 1836, Gerdy décrit l'ostéite dans un mémoire remarquable. Il y a pour lui trois formes d'ostéite : raréfiante, condensante et ulcérente. Toutes les parties de l'os sont susceptibles de s'enflammer aussi bien que les parties molles de l'organisme.

Plus tard (1853), le professeur Schutzensberger, de Strasbourg, publie ses travaux sur la périostite rhumatismale et la périostite phlegmoneuse. A la même

époque, Chassaignac (1) étudie les symptômes et les lésions anatomiques, le diagnostic, le traitement de l'ostéo-myélite, mais il ne parle pas de l'étiologie du « typhus des membres », selon son expression.

Gosselin, en 1858, décrit l'ostéite épiphysaire aiguë des adolescents. Il cherchait si cette ostéite est plus fréquente chez l'enfant proprement dit que chez l'adolescent. Suivant cet auteur, cette maladie siège surtout aux extrémités épiphysaires, pouvant envahir ensuite les articulations.

Vers la même époque, Bœchel, élève de Schutzemberger, reprend les idées de son maître. Il émet l'hypothèse que la périostite phlegmoneuse dépend « d'une cause générale dyscrasique ».

L'école de Strasbourg devait encore donner de nouvelles hypothèses au sujet de l'ostéo-myélite. Giralès, en 1862, étudie et décrit avec précision l'étiologie, les symptômes et la marche de la maladie. Il montre une certaine tendance à croire l'ostéo-myélite d'origine rhumatismale. Louvet, son élève, publie, en 1867, les travaux de son maître sous le nom de « périostite phlegmoneuse diffuse ». Cette affection est caractérisée par deux ordres de symptômes : les uns sont locaux, dus à une inflammation suppurée du périoste, compliquée le plus souvent d'ostéite ; les autres symptômes sont généraux. Ils donnent à la maladie un cachet spécial qui l'a fait

(1) CHASSAIGNAC. « Abscesses sous-périostiques aigus ». *Mém. Société chirurgie*, t. IV, p. 281.

CHASSAIGNAC. « Mémoire sur l'ostéo-myélite ». *Gaz. médic.*, 1854.

placer à côté des maladies infectieuses et surtout du phlegmon diffus.

Culot (1), dans sa thèse, en 1871, recherche quelque cause générale, quelque diathèse prédisposant à la médullite aiguë primitive. Il fait exception cependant pour la syphilis, dont les manifestations gommeuses, qui sont de véritables inflammations de la moelle, suppurent assez souvent. Il excepte aussi cet état, qui succède à certaines maladies graves, telles que variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, et dans lequel on voit survenir des médullites tantôt localisées, quelquefois généralisées. Pour lui, la scrofule, maladie si fréquente chez l'enfant, ne semble pas prédisposer à la médullite. Le rhumatisme, au contraire, paraît influencer sur la naissance du mal. « Il est bien probable que dans la majorité des cas, sinon toujours, la médullite aiguë reconnaît pour cause une irritation directe de la couche sous-périostique ; que cette irritation provient d'un coup directement appliqué, du froid, du tiraillement de la face externe de l'os par les muscles qui y prennent leur insertion.

C'est aussi la même année que Gosselin, dans une communication de l'Académie de médecine, énonce ses idées sur une forme particulière d'ostéo-myélite qu'il appelait : ostéo-myélite putride. « Lorsque l'inflammation a été, dès le début, très intense, et que l'ostéo-myélite mérite le nom de suppurante aiguë,

(1) CULOT. Thèse de Paris, 1871. *De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os.*

la suppuration est précédée, accompagnée et suivie de certaines lésions qui n'avaient pas été étudiées par mes prédécesseurs, et que j'ai rassemblées sous la dénomination d'ostéo-myélite putride. Ces lésions consistent, avant l'établissement de la suppuration, en une transformation de la moelle grasseuse en une matière également putrilagineuse, qui paraît être la conséquence d'une gangrène de cette moelle, et qui résulte en partie d'une décomposition spéciale de la matière grasse. »

Ainsi donc jusqu'en 1871 les lésions, les symptômes de l'ostéo-myélite sont bien étudiés par tous les auteurs. Mais quelle en est l'étiologie ? Les uns admettent une cause générale dyscrasique, les autres invoquent une fièvre pseudo-rhumatismale (Roser), le rhumatisme, la scrofule.

En 1878, Lannelongue publie un travail intitulé « de l'ostéo-myélite aiguë pendant la croissance ». Pour lui, les altérations s'étendent aussi bien sur la moelle que sur le tissu osseux. Celles qui portent sur la moelle sont primitives et essentielles. Les lésions gagnent ensuite le périoste : elles ne sont là que secondaires. Plus tard, il y aura nécrose. Il existe dans l'ostéo-myélite :

1° Une nécrose qui ne porte que sur les plus fines lamelles du tissu réticulaire ;

2° Une nécrose qui détache du tissu spongieux des épiphyses de petites esquilles ayant un aspect plein ou aréolaire ; de la diaphyse, des lames plus ou moins étendues ;

3° Il existe de vastes nécroses qui comprennent le tissu compact et le tissu spongieux.

Le microbe de l'ostéo-myélite n'était pas découvert à cette époque. Pasteur, en 1880, trouve dans le furoncle et dans le pus de l'ostéo-myélite un microbe « apparaissant sous la forme de petits points sphériques réunis par couple de deux grains et souvent associés en amas. C'est le staphylocoque pyogène. »

A partir de ce moment, la nature de l'ostéo-myélite est recherchée. Schuller, Becker, Rosenback l'étudient, Krause multiplie ses expériences sur les animaux. Des injections intra-veineuses de culture de pus ostéo-myélique donnent naissance à une maladie qui se localise de préférence dans les os. En 1884, Rodet, faisant à des lapins des injections intra-veineuses de cultures dans bouillon, obtient des résultats variant suivant la dose injectée et surtout la virulence des cultures. Tantôt c'est une septicémie généralisée entraînant la mort en peu de jours ; tantôt ce sont des lésions juxta-épiphysaires, semblables à celles de l'ostéo-myélite aiguë.

En 1885, Jaboulay conclut dans sa thèse. (1) « Le microbe en grappe blanc et le microbe en grappe orangé son expérimentalement identiques. Il n'est pas permis de dire actuellement que le microbe en grappe puisse seul engendrer l'ostéo-myélite. Il faudrait avant de se prononcer expérimenter avec les autres micro-organismes de la suppuration. »

Quelques années plus tard, Lannelongue et Achard

(1) JABOULAY. Thèse de Lyon, 1885.

découvraient que l'ostéo-myélite aiguë pouvait être produite par le pneumocoque, par le streptocoque.

Le même microbe peut causer suivant les circonstances, tantôt une ostéo-myélite aiguë, tantôt une ostéo-myélite chronique. Entre ces deux formes de la même maladie, il y a des intermédiaires, des degrés. Even en 1892, étudiant quelques formes atténuées d'ostéo-myélite, dit dans son travail: « Une forme clinique spéciale, importante pour le diagnostic, est celle où une ostéo-myélite épiphysaire chronique retentit sur l'articulation voisine, donnant lieu à une arthrite dont l'origine parfois [obscur] devra être nettement déterminée (1) ». Le même auteur donne plusieurs observations d'ostéite épiphysaire non suppurante, consistant en une simple hyperostose de l'os.

En 1893, Garré (2) appelle forme sclérosante non suppurée (*Sklerosierende nicht eitrige Form*) une forme d'ostéo-myélite atténuée, caractérisée par un épaissement de l'os. Jamais il n'y a de suppuration. Au début de la maladie, on remarque la plupart des symptômes de la forme aiguë (fièvre, frissons, tuméfaction d'une épiphyse). Puis tout à coup la maladie tourne court : la fièvre tombe. Il ne reste plus qu'un épaissement de l'os malade.

Aujourd'hui, nous voulons étudier, guidé par notre maître M. le professeur Poncet, une forme, encore plus atténuée d'ostéo-myélite.

(1) EVEN, *Loc. cit.*

(2) GARRÉ, *Beiträge zur K. chir.* 1893

CHAPITRE PREMIER

Pour M. le professeur Poncet, l'ostéo-myélite larvée est « une forme d'affection osseuse dans laquelle les phénomènes réactionnels propres aux lésions inflammatoires du squelette font défaut, et qui peut pendant longtemps, pendant plusieurs années passer inaperçue ou ne révéler sa présence au malade que par des douleurs passagères plus ou moins vives. »

Quand un chirurgien interroge un malade frappé d'ostéo-myélite infectieuse, ce dernier lui signale tout d'abord l'atroce douleur qu'il ressent, au niveau du foyer ostéomyélitique. Cette douleur est spontanée, continue, nettement exagérée par la pression. Le sujet a de la fièvre, des frissons, de la céphalée. L'empâtement, le gonflement apparaissent, puis la fluctuation. Plus tard, la suppuration s'établit.

Cependant, si on interroge avec plus de soin le sujet, si on le force à réfléchir, à faire abstraction de la souffrance locale, il donnera quelquefois une réponse tout autre.

On apprend qu'en dehors de ces douleurs osseuses, ayant pour cause les accidents inflammatoires, le malade a souffert dans d'autres points du squelette.

Il mettra ces douleurs passagères sur le compte d'un vieux rhumatisme, d'une névralgie, d'un coup reçu auparavant en cet endroit. L'intensité des souffrances au niveau du foyer ostéo-myélitiques lui aurait fait passer sous silence ces douleurs éphémères assez diffuses.

D'autres fois, au contraire, le malade racontera de suite au médecin qu'il a souffert non seulement dans les os manifestement atteints, mais dans d'autres parties du corps. Quand la suppuration s'est établie, il a continué à souffrir. A ce moment, la souffrance au niveau des régions enflammées s'est apaisée ; et cependant le sujet ressent de profondes douleurs siégeant dans les os en apparence sains. Ces ostéalgies sont tenaces, bien localisées, et peuvent amener une perturbation de toutes les grandes fonctions.

Nous diviserons donc ces ostéalgies en :

1° Ostéalgies passagères, disparaissant après quelques heures, sans laisser de traces appréciables ;

2° Ostéalgies persistantes, pouvant donner lieu à des troubles du squelette douloureux, et devant être considérés comme la première étape d'une maladie ostéo-myélitique.

1° OSTÉALGIES PASSAGÈRES. — Ces douleurs passent le plus souvent inaperçues des malades. Les vives souffrances qu'ils ressentent au niveau des lésions inflammatoires les préoccupent surtout.

Elles sont tantôt fulgurantes, ressemblant à un éclair qui s'irradierait le long d'un membre sain, sans suivre le trajet du nerf le plus voisin. Tantôt la douleur est diffuse dans le membre, donnant la sensation d'un fourmillement continu. Ces souffrances surviennent aussi bien le jour que la nuit. Vers le soir, cependant, les malades sont plus sensibles. Quelquefois ils ne peuvent dormir, sans être de temps en temps réveillés en sursaut par des douleurs fulgurantes.

Ces ostéalgies sont passagères : elles naissent un jour pour disparaître le lendemain. Le malade ne se plaindra pas pendant plusieurs nuits de suite, mais ses souffrances réapparaîtront au prochain changement de temps.

A l'examen du membre, on ne remarque rien d'anormal. La peau a sa coloration habituelle, glisse facilement sur les tissus sous-jacents. Pas de gonflement, ni d'empâtement des parties molles. La pression ne provoque pas de douleur. Elle ne l'exagère pas quand elle existe. Les articulations sont libres, et les mouvements ne suscitent pas l'exacerbation de ces ostéalgies fugaces.

La chaleur et le massage paraissent les calmer. Nous voyons les malades entourer de bandes de flanelle le membre douloureux ; ils frottent avec force et persévérance la partie sensible.

Ces douleurs passagères peuvent être associées à des douleurs persistantes. Comme exemple, citons la petite Augustine C... (obs. V). Elle souffrait de temps en temps dans le genou droit, tandis que le

premier métatarsien du pied gauche était le siège d'une souffrance vive et tenace.

DOULEURS PERSISTANTES. — Tantôt ces douleurs font leur apparition, alors que le sujet souffre déjà au niveau du foyer ostéo-myélitique ; tantôt elles ne se manifestent qu'après la disparition de la douleur localisée au point où se forme l'abcès. A l'établissement de la suppuration, le malade a senti la douleur se calmer, disparaître même. Mais quelques jours après, il souffre en un autre segment du squelette, manifestement sain.

Ces douleurs sont assez bien localisées et s'irradient peu. En général, elles revêtent le caractère lancinant. Quelquefois cependant elles sont térébrantes, comparables à la souffrance produite par un instrument piquant qu'on enfoncerait, en le tordant, dans les os.

Elles sont profondes et leur siège est intra-osseux. Pendant le jour, ces douleurs sont sourdes, mais continues. Le malade peut prendre quelque repos. Mais à la tombée de la nuit, elles semblent se réveiller. Elles revêtent alors leur véritable caractère et subissent peu à peu une vive exacerbation.

A ce moment, il y a une perturbation de toutes les grandes fonctions. Fièvre, céphalée intense. L'insomnie est complète.

La physionomie entière du malade reflète une anxiété extrême, et le sujet pousse des cris continus. Le délire même peut survenir. Ces souffrances atroces se calment vers le matin, et prennent peu à peu le caractère sourd qu'elles ont pendant le jour.

Pendant un laps de temps, variant de huit à quinze jours, le malade souffrira ainsi toutes les nuits. Aussi y a-t-il retentissement sur l'état général. La soif est vive, l'anorexie complète. Le sujet est pâle, sans force, considérablement amaigri.

L'examen le plus attentif de la région douloureuse ne fournit aucun renseignement. Rien d'anormal dans les parties molles. L'os ne présente aucun signe de lésion inflammatoire et possède son volume normal. La pression, les mouvements, ne provoquent pas de douleur.

Ces souffrances reviennent assez périodiquement ; les crises douloureuses pouvant laisser entre elles un intervalle de jours plus plus ou moins long. Ce laps de temps entre les différentes crises s'accroît de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du moment où s'est opérée la guérison du foyer ostéo-myélitique. Les douleurs sont alors disparues, mais réapparaissent sous l'influence du traumatisme. L'humidité, le froid, les changements subits de température semblent les réveiller.

Les frictions, le massage, la chaleur soulagent les malades ; mais les douleurs n'en persistent pas moins.

Un des sujets cités dans nos observation appliquait sur la partie sensible des serviettes chaudes sortant d'un four de boulanger. La souffrance se calmait, mais reparaisait avec son intensité primitive dès que les linges se refroidissaient. Un autre malade employait les frictions avec un traitement général à base d'huile de foie de morue. Il ne remarqua pas d'amélioration sensible.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — 1° *Syphilis*. — Les ostéalgies ostéo-myélitiques doivent être différenciées des douleurs ostéocopes de la syphilis. Ces dernières sont spontanées, surviennent le soir, principalement à la chaleur du lit. Les boulangers qui dorment le jour les éprouvent pendant la journée, ainsi que l'a souvent constaté Ricord.

D'abord mal délimitées, elles se localisent peu à peu. Mais jamais elles ne sont aussi prononcées que les douleurs de l'ostéo-myélite larvée. Rarement elles privent le malade de sommeil : elles ne lui arrachent pas de cris.

Généralement les douleurs ostéocopes sont diaphysaires et sont un signe de périostose gommeuse. Peu après leur début, apparaîtra un gonflement plus ou moins marqué de l'os. Les ostéalgies ostéo-myélitiques sont au contraire presque toujours juxta-épiphyssaires. Jamais on ne constate d'épaississement des extrémités osseuses.

Le traitement par l'iodure de potassium sera d'un grand secours dans le diagnostic. Les douleurs ostéocopes sont apaisées, disparaissent même au bout de quelques jours d'un traitement spécifique. Il n'en est rien dans les douleurs ostéo-myélitiques.

2° *Rhumatisme*. — La constatation de douleurs au niveau d'une jointure, d'une extrémité osseuse, avant même qu'il n'y ait de gonflement, pourrait faire croire à une attaque de rhumatisme. Cette affection est en général polyarticulaire. Le gonflement ne tarde pas à apparaître. Il y a exagération de la souffrance à la pression et dans les mouvements.

La douleur dans le rhumatisme siège surtout sur la synoviale elle-même, tandis que dans l'ostéo-myélite le maximum de la souffrance est au-dessus ou au-dessous de l'interligne articulaire. La douleur est de plus, profonde, intra-osseuse.

L'échec du salicylate, de l'antipyrine est un indice de grande valeur, car on sait leur efficacité dans le rhumatisme.

CHAPITRE II.

La plus grande partie des ostéites spontanées se développent pendant la période de croissance. C'est l'époque de la vie pendant laquelle l'activité formatrice est la plus développée; c'est la période durant laquelle l'os s'accroît. L'activité nutritive prédomine au niveau de la région juxta-épiphysaire des os longs. Dans les recherches expérimentales, Ollier attache une très grande importance aux lésions inflammatoires qui siègent sur les limites du cartilage de conjugaison dans le tissu spongieux de la diaphyse.

« Le tissu spongieux (1) nouvellement formé, très vasculaire, uni au cartilage par une couche spongoïde, qui n'est pas encore de l'os, mais qui ne présente plus la structure cartilagineuse, est la portion de l'organe dans laquelle s'opéreront les transformations les plus actives dans la période de croissance.

« Ce tissu spongieux constitue les portions ren-

(1) *Encyclopédie de chirurgie*, t. IV.

flées de la diaphyse : il est souvent le siège des inflammations aiguës ou chroniques auxquelles l'exposent, sous l'influence des perturbations physiologiques ou des causes traumatiques, les incessantes transformations dont il est le siège.»

Les ostéites de croissance surviennent le plus souvent sans cause appréciable, sans traumatisme occasionnel. Elles se manifestent surtout par l'existence de douleurs que les enfants rapportent aux articulations, mais dont le siège est en réalité la région juxta-épiphysaire. Leur cause serait l'hypérémie passagère, l'exagération de la fluxion physiologique sur la zone d'accroissement.

La fièvre de croissance est aussi caractérisée par un accroissement rapide de la taille et par des accès fébriles de types variés.

Les douleurs qui la caractérisent apparaissent généralement d'emblée. L'enfant s'est amusé toute la journée, sans manifester aucune souffrance. A la tombée de la nuit, il se plaint de douleurs lancinantes, profondes, intra-osseuse.

A l'examen du membre sensible, on ne remarque aucune tuméfaction ; pas d'élévation de la température locale.

L'enfant s'endort et le lendemain ses douleurs ont disparu. Elles peuvent réapparaître pendant quelques jours, puis passent comme elles sont venues.

De pareilles douleurs, qui sont passagères et n'amènent aucune perturbation dans les grandes fonctions de l'organisme, sont apyrétiques.

Chez d'autres enfants, les douleurs de croissance

ne sont plus éphémères. Plusieurs articulations à la fois sont envahies, et souvent les mêmes articulations dans les deux membres. La fièvre peut dans ces cas revêtir plusieurs types.

Tantôt elle a les allures qu'on remarque au début d'une scarlatine ou d'une pneumonie. L'enfant pendant la nuit est agité; il est pris de délire, parfois même de convulsions et la température peut s'élever jusqu'à 40°.

Tantôt le mouvement fébrile ressemble au début d'une fièvre typhoïde. Frissons, céphalée, délire; la température s'élève à 40°. Le ventre est ballonné; la rate augmentée de volume. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite et un état de stupeur caractéristique. On palpe les os, et on trouve dans la portion juxta-épiphysaire des différents membres des points douloureux.

D'autres fois, la fièvre revêt une forme traînante : elle est peu intense et caractérisée par une ascension de température ne dépassant pas 39°. Les accès fébriles sont assez fréquents, mais fort courts.

Les douleurs siègent au niveau de la portion juxta-épiphysaire des os. « Elles sont souvent liées à la fatigue, à l'exercice forcé, au refroidissement, aux mouvements qui produisent l'entorse juxta-épiphysaire, à toutes les causes en un mot qui, à un degré de plus, peuvent provoquer une inflammation osseuse véritable. Agissant à un faible degré, ces causes amènent un peu d'hypérémie ou quelques lésions de tissu facilement réparables; poussées plus loin et portant sur un sujet disposé aux processus mor-

bides par ses antécédents héréditaires ou une altération de la santé générale, elles sont le commencement d'ostéites aiguës ou chroniques (1). »

Les douleurs se déclarent surtout au membre inférieur, à l'extrémité inférieure du fémur ; elles siègent quelquefois au membre supérieur, à l'extrémité inférieure de l'humérus, inférieure du radius.

Souvent ces poussées se traduisent par une augmentation de la taille, atteignant plusieurs centimètres. Les douleurs calmées, l'enfant reste cependant sous l'imminence d'accidents graves. Un choc, un exercice forcé, un refroidissement local en général, provoqueront le début d'un processus inflammatoire aigu.

N'y a-t-il pas une certaine analogie entre les douleurs de croissance et les douleurs de l'ostéo-myélite larvée ? Il nous semble qu'on peut les rapprocher en plusieurs points. Tout d'abord, elles revêtent en général le caractère lancinant ; leur siège est la région juxta-épiphysaire des os ; rarement elles s'irradient le long du membre. Chez les enfants, on constate aussi le caractère térébrant que revêtent quelquefois les douleurs survenant chez les adultes atteints d'ostéo-myélite larvée.

De même que les ostéalgies ostéo-myélitiques, les douleurs de croissance apparaissent de préférence à la tombée de la nuit. L'enfant est agité, ne peut dormir, il est quelquefois pris de délire. Ces douleurs s'apaisent peu à peu sur le matin pour le laisser en repos

(1) OLLIER. *Loc. cit.*

pendant la journée. Pendant la durée de ces douleurs, on ne constate pas d'élévation de la température locale.

Dans les deux cas, nous trouvons encore des douleurs passagères et des douleurs persistantes. Les premières, éphémères, disparaissent comme elles sont venues, sans laisser de traces appréciables; les autres, plus tenaces, peuvent donner lieu à des troubles du côté de squelette, et elles doivent être considérées comme la première étape d'une maladie ostéo-myélitique.

L'analogie ne semble pas se poursuivre dans l'accroissement en longueur des os. Ces poussées, qui surviennent au moment de la croissance, se traduisent dans certains cas par une augmentation de la taille de 10 à 12 centimètres par an. Il n'en est pas de même dans l'ostéo-myélite larvée. M. le professeur Poncet, examinant le jeune P. C. (obs. I) ne voyait tout d'abord aucune différence entre le membre supérieur droit et le membre supérieur gauche. La mensuration donne la même circonférence pour les deux bras; soit à la partie moyenne, 22 centimètres; à la mensuration des deux humérus, une différence de longueur de 3 centimètres est constatée en faveur de l'humérus droit, de l'angle postéro-supérieur de l'acromion à l'épitrachée. Le jeune P. C. était atteint d'une ostéo-myélite larvée de l'humérus droit datant de quatre ans et demi. Cette augmentation de longueur de l'humérus s'était donc faite très lentement, en comparaison du rapide hyperaccroissement des os qui a lieu pendant les poussées de la période de croissance.

Si l'on considère le pronostic des deux maladies, on voit qu'il est réservé et grave aussi bien dans l'une que dans l'autre. Dans la fièvre de croissance, l'hyperémie de la zone de prolifération physiologique ne provoque pas seulement la douleur, elle peut être le début d'une inflammation osseuse. La douleur passée, l'enfant commence à marcher, les parents le laissent faire et l'excitent à jouer. Un léger choc, un exercice un peu violent, un refroidissement (jeux sur l'herbe fraîche, sur la terre humide, bains froids en été) feront apparaître aussitôt les symptômes d'un processus inflammatoire grave. L'ostéo-myélite aiguë éclate.

Il en est de même dans l'ostéo-myélite larvée. Les douleurs siégeant au niveau de certaines extrémités osseuses peuvent se calmer, disparaître même. Il existe cependant dans ces os douloureux un foyer latent « susceptible de disparaître, mais aussi de réveiller des accidents inflammatoires sous l'influence d'une cause occasionnelle. Si on admet en effet, dans la plupart des cas, la disparition spontanée des lésions fugaces constituées chez les ostéo-myélitiques par des douleurs passagères dans des portions en apparence indemnes du squelette, il faut reconnaître que dans certaines circonstances elles peuvent s'accroître, changer de caractère et donner naissance à de véritables ostéo-myélites à formes névralgiques, à douleurs intra-osseuses (1). »

L'observation III nous montre un jeune homme atteint pendant douze ans d'une ostéo-myélite larvée.

(1) PONGET. *Province Médicale*, janvier 1893.

Sous l'action d'une secousse violente, cette ostéo-myélite a changé de caractère et s'est révélée par les signes d'une inflammation osseuse (médullite plastique, abcès intra-osseux). La trépanation de l'os, au point où la pression était douloureuse, donna issue à du pus.

Dans un mémoire publié en 1879 sur la fièvre de croissance, Bouilly terminait ainsi :

« 1° Il peut y avoir chez les jeunes enfants des fièvres qui reconnaissent pour causes des poussées congestives, au voisinage des articulations de la zone épiphysaire;

« 2° Les poussées peuvent être apyrétiques, et ne se traduire que par de la douleur et l'accroissement de la taille;

« 3° C'est le degré le plus atténué de l'ostéo-myélite des enfants et des adolescents. »

La fièvre de croissance n'est en réalité qu'une ostéo-myélite très atténuée. Il y a identité d'âge entre les sujets atteints de douleurs de croissance et ceux qui sont frappés d'ostéo-myélite aiguë. Dans les deux cas le siège du mal est la portion juxta-épiphysaire de l'os. Toutes deux ont pour cause un agent microbien.

Pour M. le professeur Poncet, « dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de donner une démonstration rigoureuse du problème; qu'il nous suffise de savoir que la pathogénie de la fièvre de croissance est certainement la même que celle de l'ostéopériostite phlegmoneuse diffuse. M. Pollosson nous a rapporté l'observation d'un jeune homme de 15 ans, présentant une poussée douloureuse de plusieurs ex-

trémities osseuses avec tuméfaction légère, simulant au premier abord un rhumatisme articulaire. Mais le siège précis des douleurs était au niveau des portions juxta-épiphysaires. Il s'agissait très probablement d'accidents infectieux dont la nature fut révélée quelques jours après par une éruption furonculaire abondante et de longue durée (1). »

De même les foyers douloureux de l'ostéo-myélite larvée sont constitués par des colonies microbiennes peu virulentes. Ces germes pathogènes, enfermés dans l'os, étant trop peu abondants ou trop atténués en virulences peuvent ne pas donner signe d'existence pendant longtemps. Leur présence sera révélée plus tard à la moindre cause occasionnelle.

(1) PONCET, DUPLAY, RECLUS. T. II. « Fièvre de croissance ».

CHAPITRE III

L'ostéo-myélite est une maladie infectieuse pouvant être provoquée par plusieurs microbes, tels que le staphylocoque pyogène, le streptocoque, le pneumocoque, le bacille d'Eberth.

Ces agents pathogènes ne manquent jamais dans le pus des foyers ostéo-myélitiques, et par inoculation de cultures de ces micro-organismes, on peut reproduire chez les animaux des lésions semblables à celles que l'on observe chez l'homme atteint de cette affection.

Si l'on injecte dans les veines d'un jeune lapin une certaine dose d'un bouillon de culture de staphylocoques, on obtient des résultats différents suivant la dose et suivant la virulence de la culture.

Si la culture est trop virulente, il se produit une septicémie généralisée, qui tue le lapin en deux ou trois jours, voire même en quelques heures.

Une injection intra-veineuse d'une culture moins virulente donnera une véritable ostéo-myélite aiguë.

A l'autopsie de l'animal, on trouvera du pus dans la portion juxta-épiphysaire des os longs, on verra même de petits séquestres.

La culture est-elle vieille, le lapin auquel on a injecté une certaine dose dans les veines pourra guérir. La température monte progressivement les premiers jours après l'injection, puis redescend peu à peu jusqu'à la normale.

C'est ce que nous avons obtenu chez un lapin auquel nous avons fait une injection intra-veineuse d'une vieille culture de streptocoques.

Les malades atteints d'ostéo-myélite larvée souffrent en des points du squelette en apparence sains. La trépanation (obs. III) au niveau de ces points douloureux montre une substance osseuse, en partie augmentée d'épaisseur, dure, éburnée. La moelle est rouge, très vascularisée. Il n'y a pas d'autres lésions appréciables, pas de pus. Mais n'y a-t-il pas là quelques colonies microbiennes intra-osseuses trop atténuées pour provoquer dans le tissu médullaire des accidents inflammatoires? N'existe-t-il pas dans le bulbe de ces os manifestement sains, des amas de microbes trop peu virulents, ou trop peu nombreux pour donner naissance à un abcès? Nous avons essayé d'éclairer cette question à l'aide d'expériences.

Injectons dans une des veines de l'oreille d'un jeune lapin une certaine dose d'une culture de staphylocoques. Nous obtenons une ostéo-myélite aiguë. A l'autopsie, nous trouvons dans la portion juxta-épiphysaire de certains os un petit abcès purulent.

Dans d'autres os, ne présentant pas de lésions apparentes, nous ne verrons pas de pus ; mais à la section longitudinale de ces os, la moelle nous paraît rouge, diffuente. C'est absolument ce que l'on constate chez l'homme ostéo-myélitique, en trépanant les os au niveau des points douloureux du squelette.

Cette moelle d'animal, ne présentant pas de lésions en apparence, estensemencée sur bouillon. Quelques jours après, le bouillon se trouble, et à sa surface ne tarde pas à se former une mince pellicule. A l'examen microscopique de cette culture, on trouve de nombreux staphylocoques typiques.

Il y aurait donc, dans cette moelle osseuse paraissant saine, des staphylocoques qui, trop atténués ou en trop petit nombre, ne pourraient manifester leur présence.

A leur entrée dans l'organisme, les germes pathogènes sont emportés par le torrent circulatoire ; ils sont distribués dans les tissus et les organes. Ceux-ci réagiront ou résisteront de façons différentes suivant leurs fonctions, mais aussi suivant les conditions de qualité et de quantité des micro-organismes.

Ces faits s'appliquent, en ce qui concerne l'ostéo-myélite, aussi bien au staphylocoque qu'au streptocoque, au pneumocoque et au bacille d'Eberth.

Nous n'avons pu produire d'ostéo-myélite aiguë chez le lapin qu'avec le staphylocoque. Les cultures de streptocoques, trop difficiles à manier, ne nous ont donné que des succès.

Les lapins auxquels nous avons fait des injections intra-veineuses de cultures de ces microbes sont tous

morts de septicémie généralisée. Mais probablement on trouverait le streptocoque dans la moelle des os longs, sans lésions apparentes, chez les animaux auxquels on a injecté une culture contenant cet agent pathogène.

EXPÉRIENCE FAITE AVEC UNE CULTURE EN BOUILLON
DE STAPHYLOCOQUES.

Lapin de 3 mois, du poids de 1,400 grammes. Dans une des veines marginales de l'oreille, nous injectons un huitième de centimètre cube d'une culture en bouillon de staphylocoques,ensemencée le 18 avril 1893. Cette culture est mise à l'étuve jusqu'au 21 avril, et conservée à la température ambiante depuis cette date.

26 avril.	—	Température rectale,	39°2
27	—	—	39°4
28	—	—	39°2
29	—	—	37°9
30	—	Diarrhée	abondante.

L'animal a une température au-dessous de la température normale.

1^{er} mai. — Le lapin est mort ce matin. A l'autopsie, on trouve que les deux reins sont le siège d'abcès multiples : les uns sous la capsule, dans la substance corticale ; les autres sont en traînées le long des pyramides.

Pus dans le bassinnet gauche.

Dans les poumons, on trouve des lésions de bron-

cho-pneumonie et un large infarctus dans le poumon droit.

Les plèvres sont saines.

Le cœur est flasque et pâle. On remarque de légères lésions d'endocardite aiguë sur la valvule mitrale gauche.

Les articulations scapulo-humérale gauche, du genou droit et du coude droit sont le siège d'arthrites purulentes.

Dans les os longs, la moelle apparaît pâle et diffluente. Le radius gauche fendu en long présente une moelle pâle dans toute la diaphyse. Au niveau de la portion juxta-épiphysaire supérieure de cet os, on remarque un point nettement purulent. Autour de ce petit abcès, s'étend une zone de tissu osseux condensé. Le pus au toucher est visqueux. Sa coloration est jaune verdâtre. Ecrasé entre les doigts, il donne une sensation de grenu.

On prend de la moelle diffluente dans un fémur ne présentant pas de lésion apparente. L'ensemencement est fait sur bouillon dans un tube.

2 mai. — Le bouillon est trouble.

3 mai. — On remarque à la surface du bouillon une pellicule très nette.

A l'examen microscopique de cette culture on trouve de nombreux staphylocoques qui sont absolument typiques.

D'après cette expérience, il y aurait donc des staphylocoques, qui, localisés dans certains os, auraient provoqué la formation d'un abcès. Ces germes pa-

thogènes, ayant amené au bout de peu de temps des lésions inflammatoires, seraient très virulents. Mais il y en aurait d'autres dont la virulence serait plus atténuée, et qui resteraient dans la moelle d'os sains en apparence, sans déterminer de phénomènes réactionnels. Ils constitueraient un foyer latent, prêt à se réveiller si le terrain où ils reposent devenait plus favorable à leur développement.

On pourra nous faire l'objection suivante : Après injection d'une culture de microbes dans le sang d'un animal, on doit nécessairement retrouver ces agents pathogènes dans tous les tissus. Charriés par le torrent circulatoire, ils sont déposés dans toutes les parties de l'économie. La moelle saine, qui est très vascularisée, en renfermera plus qu'aucun autre tissu.

Pour répondre à cette objection, nous dirons que l'ostéo-myélite infectieuse est une maladie générale avec localisation sur tel ou tel point du squelette. Mais cette infection ne se fait pas sentir sur un seul os, elle agit d'une façon moins nette sur d'autres os. Chez ces derniers, les microbes n'ont pas trouvé peut-être de *locus minoris resistentiæ* ; ils ont trouvé des matériaux nécessaires à leur existence mais non à leur développement, à leur colonisation. Ils sont restés à l'état latent.

Nous avons recherché chez nos malades si le sang charriait les germes pathogènes pendant la poussée de l'ostéo-myélite aiguë. Nous avons recueilli quelques gouttes de leur sang, nous les avons ensemencées dans des bouillons de culture. Nous nous sommes

principalement servi du sang d'un jeune homme guéri de son ostéo-myélite aiguë, mais où les poussées d'ostéo-myélite larvée étaient très nettes et espacées par un certain laps de temps.

Avant d'aborder nos expériences, nous citerons la communication faite au mois de juin 1893 par un chirurgien allemand, Bommers (1).

« Le sang qui contenait les staphylocoques a été pris quatre heures avant la mort du malade. Avec une aiguille flambée, une piqûre fut faite à la pulpe d'un doigt, préalablement désinfecté. Le sang qui sortait de cette piqûre fut porté aussitôt dans un bouillon stérilisé et dans un tube d'agar glyceriné. Le tube fut déposé à une température fixe de 37°.

« Douze heures après, une goutte prise dans le bouillon déjà troublé montrait des staphylocoques. Un ensemencement fait sur agar humide donnait exclusivement des cultures pures de staphylocoque pyogène albus.

« Ce coccus croissait à ce moment d'une façon typique à la surface de l'agar du premier tube.

« Il est singulier que dans ce cas d'ostéo-myélite grave, le staphylocoque pyogène albus était trouvé expérimentalement peu virulent.

« La porte d'entrée dans ce cas intéressant resta peu claire.

« A l'autopsie, la section au-dessous des épiphyses des deux tibias et de l'humérus droit montra des foyers d'ostéo-myélite.

(1) « Staphilococcenbefund in Blute eines Osteomyelitiskranken Bommers ». *Deutsche Wochenschrift*, 8 juin 1893.

« C'est à ma connaissance pour la première fois qu'est donnée la preuve de l'existence de staphylocoques dans le sang d'homme atteint d'ostéo-myélite ; et par là on peut dire que l'ostéo-myélite est une pyohémie staphylococcienne. »

Nous avons essayé de reproduire cette même expérience en tenant compte de tous les préceptes de l'antisepsie. Nous avons même fait une expérience en recueillant du sang pris à un de nos camarades de promotion, et en l'ensemencant sur bouillon de culture. L'expérience a été négative et prouve que notre antisepsie était rigoureuse.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

Eugène G... est porteur d'une ancienne ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit et de la tête du premier métacarpien gauche. Ce malade a souffert longtemps au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Les douleurs disparaurent après la guérison pendant trois mois.

Au mois de juillet 1893, le sujet se plaint de vives souffrances siégeant toujours au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Elles avaient le même caractère lancinant que les douleurs ressenties trois mois auparavant.

15 juillet. — Sous la direction de M. le Dr Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, nous lavons au savon et à la brosse la pulpe de l'index gauche. Le doigt est ensuite lavé au sublimé à

1/1000 et frotté vigoureusement avec de l'éther. Nous avions au préalable noué une ficelle à la base de la phalange du même doigt, afin d'arrêter la circulation veineuse.

Après une piqûre faite avec une aiguille flambée, nous recueillons le sang qui s'écoule avec trois pipettes capillaires stérilisées, et dont l'extrémité effilée a été cassée au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Ce sang est, au fur à mesure que les pipettes sont remplies, versé dans trois tubes de bouillon ouverts au-dessus de la flamme.

Ces trois tubes sont portés à l'étuve, à une température constante de 37°.

Trois jours après, les bouillons étaient fertiles. Ils étaient troubles et tenaient en suspension de petits grumeaux.

A l'examen microscopique de ces cultures, on reconnaît la présence de staphylocoques typiques.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

15 novembre. — Le même malade se plaint depuis deux jours de vives douleurs intra-osseuses au niveau de la région lombaire, s'irradiant en éclair dans toute la colonne vertébrale.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques que nous avons énoncées dans la première expérience, nous faisons à l'index une piqûre au moyen d'une aiguille flambée. Le sang est recueilli au moyen

de deux pipettes capillaires stérilisées et porté dans deux tubes de bouillon ouverts au-dessus de la flamme de la lampe à alcool.

Ces deux tubes sont disposés dans une étuve à une température constante de 37°.

17 novembre. — Les bouillons sont déjà troubles. De petits grumeaux blanchâtres flottent au milieu du liquide.

L'examen microscopique fait constater la présence dans ces bouillons de nombreux staphylocoques.

Pour compléter l'expérience, nous ensemençons une goutte de ce bouillon trouble dans de la gélatine glycinée. A l'aide d'une baguette de platine, préalablement rougie à la flamme, nous prenons une goutte du précédent bouillon. Le tube contenant la gélatine coagulée en lame mince dont le sens longitudinal est ouvert au-dessus de la flamme. Avec la baguette humectée de bouillon, nous faisons deux petites traînées dans la gélatine. Le tube est ensuite couché horizontalement et laissé à la température normale.

Quelques jours après, nous constatons deux petites traînées grises au milieu de la gélatine. Elles sont constituées par des colonies de staphylocoques.

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

12 décembre. — Les poussées ostéalgiques sont disparues chez le jeune Eugène G... Il ne souffre plus au niveau de la région dorso-lombaire.

En suivant le même manuel opératoire que pour les premières expériences, nous avons recueilli dans deux tubes de bouillon le sang qui s'écoule d'une piqûre faite à la pulpe d'un doigt à l'aide d'une aiguille flambée. Ces tubes de bouillon sont mis à l'étuve de 37°.

14 décembre. — Les bouillons sont complètement transparents.

Pas de grumeaux en suspension dans le liquide.

16 décembre. — Les bouillons ne sont pas troubles.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE.

11 décembre. — Après antisepsie préalable, nous faisons à un de nos camarades une piqûre à la pulpe de l'index. Il s'écoule par la piqûre quelques gouttes de sang, qui sontensemencées dans deux tubes de bouillon.

Quelques jours après, les bouillons qui avaient été déposés à l'étuve à 37° étaient restés clairs et stériles.

A chaque crise nouvelle d'ostéalgies ostéo-myélitiques correspondrait donc une poussée dans l'évolution des germes pathogènes. Nous avons trouvé des staphylocoques dans le sang de notre malade toutes les fois qu'il éprouvait plusieurs jours de suite de vives douleurs in tra-osseuses sans lésions apparentes.

CHAPITRE IV

En février 1886, eut lieu à l'Académie de médecine une mémorable discussion pour expliquer l'apparition d'une épidémie de fièvre puerpérale dans un pays où l'on ne trouvait à cette époque aucune trace, aucun cas même isolé de cette affection. La première femme atteinte par la maladie était à l'abri de toute contagion. Depuis dix-huit mois elle était porteur à la jambe droite d'une fistule suppurée; elle devint enceinte et accoucha. Peu après, elle mourait de septicémie ainsi que six autres accouchées. M. Verneuil montra qu'il y avait eu auto-inoculation vulvaire par le pus qui s'écoulait de la fistule et qui pouvait contenir le microbe de la fièvre puerpérale à l'état latent.

A cette occasion, ce chirurgien éminent définissait le *parasitisme microbien latent* « un état pathologique caractérisé par l'existence en divers points de l'organisme, surface externe ou interne, cavités avec ou sans communication avec l'extérieur, interstices conjonctifs ou interorganiques, etc., de microbes pa-

thogènes pouvant rester inactifs ou en disponibilité pendant des mois, des années, des lustres, ne se révélant par aucun symptôme patent jusqu'au jour où une cause occasionnelle surgissant, ils arrivent à ébranler la santé et même la détruire (1). ».

L'étude des maladies infectieuses montre que dans beaucoup de cas elles n'ont pas une action temporaire sur l'organisme : la période aiguë terminée, le sujet qui a éliminé les toxines sécrétées par les microbes entre en convalescence. C'est ce qui arrive pour la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, etc. La lutte des germes pathogènes contre les tissus a été courte ; ils n'ont pu déterminer la mort et le malade a pu résister à l'empoisonnement microbien.

A côté de ces maladies infectieuses à évolution rapide et passagère, il en est d'autres, telles que l'ostéomyélite, la syphilis, l'érysipèle, qui agissent bien différemment. Le malade guérit, du moins en apparence, mais quelques mois ou quelques années après sa convalescence, l'affection reparaît avec son activité primitive. Tandis que dans la fièvre typhoïde le germe pathogène n'a qu'une durée limitée, il peut dans le paludisme, dans l'érysipèle, séjourner dans l'organisme pendant longtemps ; l'agent infectieux persiste à l'état latent sans provoquer de phénomènes réactionnels et sa présence n'est révélée par aucun symptôme pathologique. Mais plus tard, sous l'influence d'un traumatisme ou par suite de diminution de vita-

(1) Communication à l'Acad. de méd., 1886.

lité des tissus, son activité renaît et il reproduit des troubles semblables aux manifestations aiguës initiales.

Le bacille de Koch est un des micro-organismes qui peuvent séjourner le plus longtemps dans l'économie à l'état latent. Il n'est pas rare d'examiner dans les services hospitaliers des malades porteurs d'une tumeur blanche, c'est-à-dire d'une tuberculose locale. Souvent cette affection est survenue à la suite d'une entorse. Au moment de l'accident, il y a eu déchirure des vaisseaux, et le sang s'est épanché dans ces tissus, présentant après le traumatisme un milieu plus favorable au développement des agents pathogènes. Il fallait donc que le bacille de Koch existât dans le sang du sujet avant l'entorse. Le choc subi par l'articulation ne peut pas lui-même provoquer l'éclosion des fongosités tuberculeuses ; la lésion s'est faite à l'intérieur, elle est sous-cutanée et les bacilles de Koch ne venant pas dehors ont été apportés par le sang. C'est dans le torrent circulatoire qu'ils existaient à l'état latent ; il y a eu auto-inoculation. La lésion n'est que le résultat de l'entrée du germe pathogène d'un milieu de conservation dans un terrain de culture mieux approprié à sa multiplication.

Le bacille de Koch peut être toléré non seulement dans le sang, mais il peut séjourner à l'état latent au milieu des tissus ; il révèle souvent sa présence par des lésions très limitées, telles que les engorgements ganglionnaire, le loup.

Ces adénites caséeuses qui surviennent chez les enfants, les adolescents, et dont la nature est restée longtemps méconnue, ne sont que des lésions locali-

sées de nature tuberculeuse. Elles apparaissent sous forme de tumeurs en chapelet, indolentes, dures, rénitentes, qui se terminent tôt ou tard par la suppuration. Comme dans tous les tissus atteints de tuberculose, on y retrouve la cellule géante entourée de cellules embryonnaires; on y constate aussi la présence du bacille de Koch, ainsi que l'ont décrit Conheim, Cornil, Koch. Les bacilles de la tuberculose sont rares dans ces adénites caséuses; ils restent longtemps dans ces ganglions à l'état latent sans provoquer de phénomènes réactionnels et sans grande tendance à la généralisation. Ainsi, la plus grande partie des sujets atteints d'engorgements ganglionnaires sont indemnes de tuberculose pulmonaire; beaucoup paraissent jouir d'une constitution robuste.

S'il n'y a pas eu envahissement de l'organisme par ces germes pathogènes enfermés dans des joints limités, cela tient probablement à ce qu'ils sont en trop petit nombre; les tissus où ils sont déposés ne sont pas aussi favorables à leur multiplication que le tissu pulmonaire. Cornil disait que les adénites sont des tuberculoses locales atténuées; dans ces ganglions lymphatiques, les bacilles sont rares et difficiles à trouver.

Le lupus est aussi un exemple de la présence dans les tissus du bacille de Koch. La nature tuberculeuse de cette affection n'est plus mise en doute; c'est une tuberculose atténuée de la peau. La présence du parasite tuberculeux dans les plaques de lupus a été constatée en 1883 par Pfeiffer (1) et Doutrelepon (2).

(1) *Berliner Klin. Wochensch.*, 1883.

(2) *Deutsche Medic. Wochensch.*, 1883.

Sa recherche est difficile, et c'est pour cette raison que bon nombre d'auteurs ne l'ayant pas trouvé n'admettaient pas la nature tuberculeuse de cette affection. Koch constate le développement d'une tuberculose généralisée chez des animaux auxquels il avait inoculé des cultures contenant le bacille trouvé dans le lupus.

Cornil (1) inoculant à des lapins des fragments de plaque de lupus obtenait le même résultat; la présence de la cellule géante entourée d'éléments embryonnaires dans le tissu des plaques est encore une autre preuve de sa nature tuberculeuse. Le lupus est donc une tuberculose cutanée, limitée et atténuée. Dans cette maladie les bacilles de Koch existent à l'état latent et en petit nombre. Souvent des individus porteurs d'un lupus en forme de plaque rouge, limitée aux ailes du nez, sont d'une constitution en apparence robuste, et ne présentent aucune lésion pulmonaire. Mais ces colonies de parasites tuberculeux, qui existent à l'état stationnaire, peuvent tout à coup se multiplier, envahir l'organisme entier et aboutir à la phtisie. Les causes déterminantes de ce nouvel état de choses sont surtout les traumatismes opératoires, qui permettent aux germes pathogènes de passer dans le torrent circulatoire.

M. le professeur Poncet relate dans la *Province médicale* du 21 janvier 1893 l'observation d'une femme de 43 ans, porteur d'une ankylose du coude droit. Cette ankylose est consécutive à une ancienne

(1) « Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus ». *Archives de physiologie*, avril 1884.

ostéo-arthrite fongueuse remontant à l'âge de 13 ans. Cette femme, qui a éprouvé autrefois quelques douleurs dans l'extrémité supérieure du radius du côté opposé, souffre aujourd'hui d'une manière intermittente de cette extrémité osseuse, qui est légèrement gonflée; une trépanation sera probablement nécessaire. Chez elle, M. Poncet croit à une lésion qui a sommeillé pendant trente ans.

Si nous nous sommes beaucoup étendu sur le parasitisme microbique latent, c'est dans l'espoir qu'il pourrait nous servir à expliquer l'ostéo-myélite larvée.

La première poussée d'ostéo-myélite est le résultat de l'infection de l'organisme par des agents pathogènes (staphylococcus pyogenes aureus, streptococcus etc.). Leur action malfaisante porte sur les extrémités osseuses en voie d'accroissement. Le tissu osseux au moment de la croissance jouit d'une moins grande résistance vitale et constitue un véritable *locus minoris resistentiæ*; sur ce terrain vierge, les germes vont se développer, se multiplier. Bientôt naîtra un ostéo-phlegmon accompagné de troubles plus ou moins grands du côté des parties molles.

Quand la période aiguë sera terminée, le malade entrera en convalescence, mais le plus souvent il ne possédera que l'illusion de la guérison et les apparences de la santé. Tout n'est pas fini, car lorsque l'acuité des symptômes de l'ostéo-myélite est calmée, il reste dans la profondeur des os des amas microbiens, ils ne sont qu'atténués.

Chez nos malades, les os manifestement sains,

mais qui attirent leur attention par la douleur qu'ils ressentent en certains points, doivent renfermer des microbes conservant une vie latente.

Ces sujets éprouvent dans le cours d'une poussée d'ostéo-myélite des douleurs localisées en certaines parties du squelette ; elles siègent principalement au niveau de la portion juxta-épiphysaire des os.

Pourquoi ne pas admettre que dans le bulbe de ces os reposent des agents pathogènes ? Leur virulence doit être atténuée, car si elle était aussi intense que celle des germes qui ont provoqué la poussée aiguë, nul doute que la suppuration fût survenue aux points douloureux.

Les staphylocoques entrés dans l'économie par les voies digestives et pulmonaires ou encore par quelque érosion de la peau, peuvent, charriés par le torrent circulatoire, infecter à des degrés divers telle ou telle partie de l'économie. Pour M. le professeur Poncet, « l'autonomisation défensive des départements osseux envahis n'est pas douteuse ; la clinique l'enseigne chaque jour, et la microbiologie fournit une explication suffisante de ces phénomènes, pour qu'on pense être dans le vrai en les interprétant de la sorte (1). »

Il faut aussi tenir compte de la quantité des germes pathogènes ; s'ils sont trop peu nombreux et sur un terrain peu favorable à leur prolifération, ils sont réduits à l'impuissance et deviennent incapables de se développer et de se multiplier.

(1) PONCET, *Loc. cit.*

Virulence et quantité des agents pathogènes sont encore deux facteurs importants qui nous serviront à expliquer les douleurs ressenties dans les os plusieurs mois, plusieurs années après la guérison du sujet. Ces dépôts microbiens restent latents parce qu'ils sont localisés dans des milieux capables d'assurer leur existence, mais insuffisants pour leur colonisation. Ils pourront ainsi séjourner dans les os un temps indéfini; ils ne provoqueront aucun phénomène réactionnel, et la douleur sera le seul signe de leur existence.

L'examen attentif de la région douloureuse ne révèle aucune lésion pathologique. C'est pourquoi on pourrait ne pas établir de relation entre l'infection ostéo-myélique et les souffrances éprouvées par les malades.

On pourra se demander si les foyers d'ostéo-périostite, qui se manifestent après onze ans de période silencieuse, ne sont pas le résultat d'une infection nouvelle. On sait par l'expérimentation que le streptocoque sécrète des produits solubles qui prédisposent à la récurrence. Au moment de la première poussée d'ostéo-périostite, il peut y avoir eu imprégnation du foyer par les produits solubles; la récurrence sur place a été par là favorisée. Nous ne croyons pas qu'il y ait eu réinfection; de plus, l'hypertrophie des os que M. Poncet a constatée chez un de ses malades n'est pas un travail de production rapide. Ce phénomène est au contraire en faveur du foyer microbique latent.

D'ailleurs, quand il s'agit de tuberculose, de pareils

faits sont toujours admis. Si l'on voit au bout de plusieurs années un ancien foyer guéri récidiver, on ne songe pas à une infection nouvelle. On parle du réveil des bacilles tuberculeux qui existaient en cet endroit, à l'état latent. Citons l'observation de M. Poncet, se rapportant à « un enfant de 12 ans qui lui fut amené avec une ostéo-périostite tuberculeuse du cubitus et des lésions pulmonaires rendant toute intervention impossible. Chez cet enfant, il n'y avait aucun antécédent héréditaire, aucune tare personnelle. Mais trois années auparavant, on avait dû renvoyer la bonne qui le soignait, phtisique avérée, dans le lit de laquelle il avait couché. C'est à la suite d'un bain froid que trois ans après la tuberculose a débuté; le bain n'a été qu'un prétexte. L'ensemencement datait de trois années et était resté latent tout ce temps-là (1). »

Marche et pronostic. — Comment se terminera l'ostéo-myélite larvée. L'organisme ne possède que deux moyens de défense contre les microbes : ou bien il les tue, ou bien il leur offre un terrain de culture peu favorable à leur existence. Dans l'économie s'engage une lutte pour la vie entre les cellules des tissus et les germes pathogènes. Entraînés par le torrent circulatoire, les microbes sont aux prises avec les globules blancs qui s'emparent d'eux au moyen de leurs prolongements sarcodiques (Metchnikoff) et les détruisent.

Chez un sujet sain, le sang est un mauvais terrain

(1) PONCET. *Lyon médical*, 29 janvier 1893.

de culture pour les agents pathogènes. Ils peuvent y séjourner, inoffensifs pour l'économie « à l'état latent sans aucun désordre dans les tissus jusqu'au jour où, soit diminution dans la résistance vitale, soit modification clinique dans la constitution des éléments histologiques, ils trouvent un milieu favorable à leur évolution (1). »

Les colonies staphylococciennes ou autres, qui constituent les foyers d'ostéo-myélite larvée, resteront ainsi à l'état latent, et ne donneront signe d'existence que par les douleurs que ressentent de temps en temps les malades qui en sont porteurs.

Deux facteurs importants pourront influer sur leur développement : le traumatisme ou une nouvelle maladie infectieuse. « Le traumatisme exerce sur tout organisme et sur les sujets malades antérieurement une action pathogène. S'il est capable d'engendrer des lésions inflammatoires dans des tissus sains, il agira d'autant plus facilement sur les parties du squelette douées d'une tare organique. Il réveillera l'ancien foyer où dorment des matériaux pyogènes (2). »

Les foyers d'ostéo-myélite larvée sous l'influence d'un choc, d'un refroidissement, pourront donner naissance à un abcès intra-osseux ; à une véritable ostéo-myélite. L'ostéo-myélite larvée n'est donc que la première étape d'une affection inflammatoire plus grave, qui nécessitera comme intervention un large débridement osseux, la trépanation.

(1) JAUBERT. Thèse Paris, 1885.

(2) VERNEUIL. Académie des Sciences, mai 1893.

CHAPITRE V

Pendant le cours de l'année 1893, nous avons examiné, dans les différents services de l'Hôtel-Dieu, 43 malades atteints d'ostéo-myélite aiguë. Nous les avons tous interrogés avec soin, mais nous n'avons pu prendre que sept observations relatives à notre travail. M. le professeur Poncet avait publié trois observations intéressant notre sujet, nous les avons recueillies.

OBSERVATION I (1).

Publiée dans la *Province médicale* par M. le professeur PONCET.

Ostéo-myélite infectieuse aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit. — Ablation de la totalité de cet os nécrosé. — Ostéo-myélite larvée de l'humérus droit datant de quatre ans et demi, révélée seulement par l'ostéalgie passagère et un hyperaccroissement de 0,93 centimètres de l'humérus droit.

Le 6 avril 1888, avec l'assistance de M. le Dr Viennois, M. Poncet opéra le jeune P. C., âgé de 10 ans. Il dut, chez

(1) *Province médicale*, 21 janvier 1893, p. 28.

le petit malade, dont les articulations du cou-de-pied et du genou droit étaient envahies par une suppuration consécutive à une ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit, pratiquer l'ablation de la totalité de cet os.

Cette opération, que nécessitait l'état local, était encore justifiée par la gravité de l'état général, qui laissait supposer une mort prochaine, si le foyer infectieux n'était pas hâtivement et complètement supprimé. Dès le lendemain de l'opération, le malade se plaignait d'une douleur assez vive dans l'humérus droit. Elle lui semblait partir du tiers inférieur de l'os et se faisait sentir pendant les premières heures de la nuit. Peu de temps après l'opération, son état général devint meilleur; il s'analysait avec plus de soin, et à diverses reprises, ne souffrant plus de la jambe opérée, il signala les douleurs qu'il éprouvait dans l'humérus droit. L'examen le plus attentif n'a jamais fourni alors le moindre renseignement. L'humérus ne présentait aucun signe de lésion inflammatoire; il avait son volume normal. En aucun point la pression ne provoquait de douleurs. Lorsque, au mois d'août de la même année, le malade, qui était guéri, quitta la maison de santé, les douleurs humérales avaient diminué de fréquence et de durée, et M. Poncet le laissa partir sans plus songer à son ostéatgie.

Depuis lors, il a revu cet enfant au moins une ou deux fois chaque année. Habitant la Côte-d'Or, il venait à Lyon montrer son tibia de nouvelle formation, et faire construire ou réparer un tuteur à point d'appui ischiatique.

M. Poncet ne pensait plus à son ostéalgie humérale et lui-même paraissait l'avoir oubliée, quand, le 30 septembre 1892, il se présenta de nouveau à M. Poncet, désireux de lui montrer sa jambe opérée. Dans cet intervalle, l'attention de M. Poncet avait été attirée sur les ostéalgies à distance du ou des foyers ostéo-myélitiques. Il interrogea le malade sur son ancienne douleur de l'humérus; il lui apprit qu'il l'éprouvait toujours de temps à autre; que, dans ce dernier mois, il l'avait plus vivement ressentie après des bains froids prolongés qu'il prenait dans la Saône, au moment des fortes chaleurs. Si le froid, un changement de température la faisait naître, elle revenait plus volontiers le soir vers les 5

ou 6 heures et se prolongeait même jusqu'à minuit. Elle ne s'irradiait pas dans les articulations du coude et du poignet, mais elle s'étendait parfois à la main.

Les frictions, le massage, la chaleur surtout la soulageaient. L'examen du bras droit fut encore négatif au point de vue d'une lésion inflammatoire appréciable ; pas de gonflement osseux appréciable ; pas de douleur à la pression.

L'enfant, qui a maintenant 14 ans, a grandi beaucoup, surtout depuis deux ans. Il se porte très bien ; il est fort, vigoureux et ne présente d'autre tare qu'un certain degré de malformation de la jambe opérée. Il est droitier et se sert surtout de la main droite. On ne voit aucune différence à première vue entre le membre supérieur droit et le membre supérieur gauche. La mensuration donne la même circonférence pour les deux bras, soit à la partie moyenne 0 m. 22.

La mensuration des deux humérus donne un renseignement précieux. On trouve en effet une différence de longueur de 0 m. 03 cent. en faveur de l'humérus droit, de l'angle postéro-supérieur de l'acromion à l'épitrachée.

Humérus gauche : sain, 0 m. 27.

Humérus droit : douloureux, 0 m. 30.

Les os de l'avant-bras ont des deux côtés les mêmes longueurs, soit 0 m. 22. Cette augmentation considérable de longueur de l'humérus droit ne peut laisser de doute sur une lésion osseuse latente entretenant du côté des cartilages de conjugaison, une incitation formatrice exagérée.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé M. POLLOSSON.

Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia gauche. —

Ostéo-myélite larvée de l'extrémité inférieure du tibia droit.

L... (Joseph), âgé de 16 ans, garçon d'office, entré à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet, salle Saint-Louis.

Pas d'antécédents héréditaires. Quatre frères et sœurs tous bien portants.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de septembre 1891. A ce moment, il était cultivateur, couchait tout habillé dans une écurie. Vers le 15 de ce mois, le jeune homme en revenant de son travail fut mouillé. La nuit, il fut exposé au froid, après avoir gardé ses vêtements mouillés. Quelques jours après, il ressentit de vives douleurs à l'extrémité inférieure du tibia gauche. En quinze jours, tuméfaction considérable envahissant tout le cou-de-pied. La peau était rouge, lisse, chaude.

Douleurs locales spontanées, exagérées par la pression. Fièvre, insomnie, inappétence. L'amaigrissement du malade est rapide.

Le 4 octobre, l'empâtement avait fait place à de la fluctuation. Le médecin qui soignait le malade ouvrit l'abcès d'un coup de bistouri. Issue d'un pus jaune strié de filets de sang. Le malade dit qu'au milieu de ce pus, il remarqua deux petits séquestres de la grosseur d'une tête d'épingle.

Les douleurs du début s'atténuèrent et disparurent peu de temps après l'issue du pus.

Vers le 15 octobre, le malade accusa de vives douleurs à l'extrémité inférieure de la jambe droite. Elles étaient continues, mais sourdes pendant le jour, exaspérées au contraire pendant la nuit. Elles commençaient vers 8 heures du soir et atteignaient leur maximum vers minuit. Elles étaient pulsatiles. La pression ne les exagérait pas. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient libres.

Au niveau du tiers inférieur du tibia droit, le malade n'a jamais remarqué de gonflement, ni de coloration anormale de la peau.

Au début de la maladie, ces douleurs revenaient tous les sept ou huit jours, avec exacerbation aux changements de temps. Le froid provoquait leur apparition. Elles présentaient toujours les mêmes caractères ; leur durée était de deux à trois jours.

Depuis le mois d'octobre 1891, la suppuration a persisté. L'ouverture faite au bistouri est devenue une fistule, qui siège au tiers inférieur du tibia gauche, sur le côté interne. Cette fistule se fermait de temps à autre.

Pendant l'année 1892, les douleurs de la jambe droite re-

venaient à peu près tous les mois. Leur durée était en moyenne de quatre jours. Les caractères de ces douleurs avaient changé. Elles n'étaient plus aussi vives qu'en 1891, ne provoquaient plus l'insomnie.

16 juillet 1893. — Le malade est un jeune homme de forte constitution. Il est porteur d'une fistule au tiers inférieur du tibia gauche. Cette fistule laisse sourdre à la pression un pus jaunâtre, visqueux, peu abondant. On remarque en outre un épaississement du tiers inférieur du même tibia.

Le malade ne souffre pas en ce moment de la jambe droite. A l'inspection de cette jambe, on ne remarque pas de coloration anormale de la peau. Pas de tuméfaction. Pas d'épaississement du tibia.

OBSERVATION III (1).

Recueillie par M. le professeur PONCET.

Ostéo-myélite larvée de la partie moyenne de l'humérus droit datant de douze ans chez un jeune homme atteint, à l'âge de 40 ans, d'une ostéo-myélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit. — A l'âge de 24 ans, sous l'influence d'un traumatisme du bras droit, douleurs osseuses extrêmement vives. — Trépanation de l'os malade. — Abscess intra-osseux. Guérison.

C. L..., âgé de 24 ans, exerçant la profession de cordonnier, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, service de M. Poncet.

Ce jeune homme, pâle, amaigri, entre à l'hôpital, pour des douleurs très vives dans l'humérus droit. Leur nature est révélée par l'examen local et par les renseignements fournis par le malade.

A l'âge de 10 ans, cet enfant qui habitait un logement humide, ressentit des douleurs très vives dans le tiers inférieur de la jambe droite. Ces douleurs lancinantes augmentaient d'intensité pendant la nuit et quelques semaines

(1) Publiée dans la *Province médicale*, janvier 1839.

après leur début, on pouvait constater un gonflement assez marqué du tibia à sa partie inférieure.

Rien d'anormal du côté des parties molles ; à aucun moment il n'y a eu ni abcès, ni fistule. A la même époque, légères douleurs dans l'humérus droit, mais elles ne furent jamais, en aucune façon, comparables à celles du tibia, et elles disparurent bientôt, de telle sorte, que pendant onze ans, il ne songa plus à son bras droit, qui était complètement indolent, qui lui paraissait tout à fait normal et qui lui rendait les mêmes services que son bras gauche.

Tourmenté de temps à autre par de violentes douleurs dans tibia hyperostosé, C... entra à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Mollière, qui pratiqua la trépanation de l'os gonflé. Au dire du malade, la trépanation donna issue à une certaine quantité d'eau claire. Quoi qu'il en fût de la lésion anatomique, le malade après cette intervention n'éprouvait plus de douleur.

Il quitta l'Hôtel-Dieu six mois après son opération, se trouvant complètement guéri. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie.

A quelques centimètres au-dessus de la malléole, on constate une cicatrice cutanée, reliquat de la trépanation.

Il y a dix-huit mois, à la suite d'une secousse violente imprimée au bras droit, le malade ressentit une douleur dans le tiers inférieur de l'humérus. Elle persista pendant une huitaine de jours, amenant une certaine gêne fonctionnelle ; plus tard elle réapparut sous forme d'accès nocturnes plus ou moins longs. Les caractères étaient les mêmes que la douleur ressentie plusieurs années auparavant dans le tibia droit.

La nature de l'affection fut méconnue. On conseilla au malade des frictions avec un traitement général à base d'huile de foie de morue. Il n'y eut pas d'amélioration appréciable.

Lorsque le malade entra dans le service, au mois de mars dernier, les douleurs osseuses étaient toujours le symptôme capital ; elles étaient profondes, lancinantes, à forme pulsatile, comme dans l'ostéo-périostite à forme névralgique.

L'examen local était à peu près négatif, en dehors d'une

sensation douloureuse provoquée par une pression énergique à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'os, au niveau et au dehors de l'insertion deltoïdienne.

19 mars. — Trépanation à ce niveau. Substance osseuse en partie augmentée d'épaisseur, dure, éburnée. Moelle rouge, très vascularisée, pas d'autres lésions appréciables, pas de pus.

Les premiers jours qui suivirent l'opération, le malade se trouva soulagé, mais il n'y eut pas la détente, au point de vue de la souffrance, que l'on observe après un débridement complet.

Le malade quitta l'hôpital le 24 mars pour aller à la campagne, mais il rentrait dans le service le 5 mai, accusant à peu près les mêmes douleurs qu'avant la trépanation.

Convaincu de l'existence d'un autre foyer intra-osseux, M. Poncet pratiqua le 5 mai une nouvelle trépanation au-dessous de la première, là où la pression sur l'os était douloureuse. Il tomba sur un abcès intra-osseux, qui fournit une demi-cuillerée à café de pus un peu visqueux.

L'examen bactériologique a montré la présence dans ce pus de staphylocoques blancs. Détente immédiate. Les jours qui suivirent, le malade accusa encore quelques douleurs dans la partie inférieure de l'humérus droit, légèrement hyperostosé à cet endroit.

Le 30 juillet, nouvelle et triple trépanation. Périoste épaissi et vasculaire. Dans le canal médullaire, on trouve un foyer de médullite plastique de la dimension d'un petit pois.

Depuis cette dernière intervention, le malade ne souffre plus, il a engraisé ; son état général est devenu meilleur.

OBSERVATION IV (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.

Augustine C..., âgée de 9 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 18 juillet 1893.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Bonne santé habituelle.

Au commencement du mois de mai, la petite malade ressentit de violentes douleurs dans l'articulation du genou gauche. Ses parents remarquaient qu'elle boitait en marchant.

Les douleurs devinrent tellement vives que cette enfant poussait des cris et dut garder le lit.

A ce moment le genou était tuméfié. La peau était rouge, lisse, tendue. Les mouvements exagéraient la douleur.

Frissons, fièvre. Insomnie. Inappétence, amaigrissement rapide.

Outre les douleurs localisées au genou gauche, la malade se plaignait d'autres douleurs moins fortes. Elles siégeaient à l'extrémité inférieure du premier métatarsien du pied gauche. Elles étaient lancinantes et s'irradiaient dans tout le pied.

La pression en cet endroit, les mouvements exagéraient ces douleurs.

La petite malade affirme que jamais il n'y a eu de gonflement du pied gauche. La peau a toujours gardé sa coloration normale.

Au commencement du mois de juin, la suppuration s'établit par une fistule siégeant au tiers inférieur du fémur gauche. Les douleurs localisées au genou gauche disparurent à ce moment; les douleurs du pied gauche persistèrent. Les souffrances de la malade subirent une sorte de recrudescence, ne laissant aucun instant de repos, empêchant tout le sommeil. Elles gardèrent toujours le caractère lancinant.

Les frictions, le massage n'amenèrent aucune amélioration appréciable.

Les douleurs persistèrent pendant quinze jours avec la même intensité, puis s'atténuèrent peu à peu. Le repos, le sommeil furent alors possibles. L'appétit revint et l'enfant reprit des forces.

Au commencement du mois de juillet, la malade ressentit de nouvelles douleurs au genou droit. Leur durée ne fut que deux jours, mais elles étaient aussi vives que les souffrances éprouvées au mois de juin.

Actuellement, l'enfant ne souffre plus. Elle présente au tiers inférieur du fémur gauche, une petite fistule. La suppuration est peu abondante.

A l'examen du pied gauche, on ne remarque aucun gonflement osseux du premier métatarsien; pas d'empâtement des parties molles à ce niveau. Pas de douleurs à la pression. L'examen du genou droit ne signale rien d'anormal.

OBSERVATION V (personnelle).

Prise dans le service de M. le professeur OLLIER.

Ostéo-myélite aiguë multiple du fémur droit. — Ostéo-myélite larvée de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

Amédée C..., âgé de 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 15 juin 1893.

Antécédents héréditaires : père bien portant. Mère morte d'une fluxion de poitrine. Deux frères en bonne santé.

Pas d'antécédents personnels. Le jeune homme jouissait d'une forte constitution avant sa maladie.

Il y a trois ans, le malade habitait une maison neuve, très humide. Vers le 1^{er} septembre 1890, il est pris d'une fièvre violente. Frissons, céphalée, courbature générale. Le malade est obligé de garder le lit. Délire intense.

En même temps, il ressentait des douleurs très vives dans la cuisse droite. Les parents remarquaient aussi une légère tuméfaction siégeant à la partie inférieure du fémur droit. La peau, qui d'abord avait conservé sa coloration normale, devint rouge, tendue. L'empâtement de la partie malade fut remplacé par la fluctuation. Une suppuration abondante s'établit.

Peu de temps après, abcès volumineux à la hanche droite. La suppuration s'établit par une fistule située au-dessus du grand trochanter. Elle dura quatre à cinq mois.

Les douleurs locales étaient alors disparues; cependant le malade ressentait de temps en temps de vives douleurs dans d'autres parties du squelette. Elles étaient principalement

localisées à l'extrémité supérieure de l'humérus droit et du cubitus droit. Elles revenaient tous les huit jours, et pouvaient durer un jour ou deux, ou bien même quelques heures seulement.

Ces douleurs étaient térébrantes, comparables à un instrument piquant, qu'on enfoncerait, en le tordant, dans les os.

Pendant le jour, elles étaient tolérables, mais elles subissaient une exaspération à la tombée de la nuit. Fièvre. Insomnie persistante. Agitation. Le matin, la souffrance se calmait.

Le massage, de fortes frictions, la chaleur soulageaient le malade. Le jeune homme enveloppait la partie douloureuse dans un bandage composé de linges chauffés au four. Tout autour, il serrait une ceinture de flanelle.

Le chloral, le sirop de morphine ne calmaient pas ces douleurs atroces.

A l'examen, le malade ne remarquait rien d'anormal dans le segment du membre douloureux. Pas de gonflement. La peau était intacte, glissait facilement sur les tissus sous-jacents.

Pas d'empâtement, pas d'élévation de la température locale.

La pression, les mouvements augmentaient l'intensité de ces douleurs. C'est pourquoi il y avait impotence fonctionnelle absolue de l'épaule droite et du coude droit.

Jamais le malade ne ressentit ces douleurs du côté gauche.

Les changements de température, l'humidité atmosphérique provoquaient l'apparition de ces douleurs; une exaspération, quand le malade était dans un de ces jours de souffrance.

En mai 1891, le jeune homme fit une saison à Aix-les-Bains. Sous l'influence de bains sulfureux, les fistules se cicatrisèrent complètement. Les douleurs ostéalgiques revenaient cependant tous les huit jours; à date fixe, dit le malade.

Vers la fin du mois de juin, apparition de violentes douleurs localisées à l'extrémité supérieure du fémur droit. Tumeur rapide de la partie supérieure de la cuisse et de

la fesse droite. La suppuration s'établit au bout de deux semaines. Disparition des douleurs locales.

Depuis cette nouvelle poussée d'ostéo-myélite, les douleurs ostéalgiques de l'épaule droite ont diminué de fréquence et de force. Elles ne reviennent plus que tous les trois mois. Elles se manifestent à la tombée de la nuit, augmentent vers le milieu de la nuit, sont totalement calmées le matin. L'insomnie n'est pas la règle. Quelquefois le malade a pu s'endormir.

Actuellement, 1^{er} juillet 1893, le malade se présente avec une ankylose de la hanche droite. On remarque de nombreuses fistules plus ou moins cicatrisées en différents points du membre inférieur droit. Abscess ostéo-myélique situé au côté interne du tiers supérieur de la cuisse droite.

11 juillet. — Ouverture de l'abcès. Issue d'un pus jaunâtre, abondant. Drainage.

OBSERVATION VI (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.

Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit et de la tête du premier métacarpien de la main gauche. Ostéo-myélite larvée de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.

Eugène G..., 17 ans, exerçant la profession de plâtrier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, au mois de septembre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires. Ses parents sont bien portants. Sept frères et sœurs jouissent tous d'une bonne santé.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde grave à l'âge de 11 ans.

Au mois de juin 1892 apparaissent à quelques jours d'intervalle de vives douleurs localisées à l'extrémité de l'humérus gauche, à l'éminence thénar de la main gauche et à l'extrémité inférieure du tibia droit.

Le malade n'avait jamais reçu de coup sur un de ces

points, mais sa profession de plâtrier le forçait à travailler dans des lieux humides et à être fréquemment mouillé.

A la main gauche, les douleurs furent très intenses au bout de quelques jours. La tuméfaction envahit presque toute la paume de la main. La peau est rouge, luisante. A la palpation on sentait un empâtement de l'éminence thénar. La douleur était augmentée par la pression.

Même tuméfaction au tiers inférieur de la jambe droite. Douleurs très vives siégeant au tiers inférieur du tibia.

En aucun moment, le malade ne s'aperçut d'un gonflement à la partie inférieure de l'humérus gauche. La peau avait sa coloration normale, glissait facilement sur les tissus sous-jacents. Les douleurs étaient moins vives qu'au tibia et à l'éminence thénar. Les mouvements, la pression ne les exaspéraient pas.

Au mois de juillet, ouverture spontanée de la tuméfaction siégeant au tibia droit. Issue d'un pus abondant, jaunâtre, strié de sang.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu au commencement du mois de septembre.

Ouverture de la tuméfaction siégeant à l'éminence thénar gauche. Curetage et drainage. La cicatrisation fut rapide.

Au mois de février 1893, nous examinons le malade pour la première fois. C'est un jeune homme pâle, très amaigri. Il se plaint de violentes douleurs siégeant à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Elles étaient apparues au mois de juin 1892; à l'époque où il souffrait à l'extrémité inférieure du tibia droit. Elles avaient persisté jusqu'à l'ouverture du foyer ostéo-mélique. A ce moment elles étaient disparues peu à peu.

Pendant trois mois, le malade n'a plus souffert à ce niveau. Au mois de janvier, réveil spontané de ces douleurs. Elles étaient profondes, généralement lancinantes. Pendant le jour le malade se plaignait peu, mais vers 8 heures du soir, les douleurs qui avaient été supportables, devenaient violentes. Elles étaient localisées à la partie inférieure de l'humérus; jamais elles ne s'irradiaient vers la main. Pendant une grande partie de la nuit, le malade était agité, poussait même des cris. Le sommeil était impossible.

Le matin, à notre arrivée à l'hôpital, nous trouvions le jeune homme assez calme, ne se plaignant que d'une douleur sourde, plus ou moins continue. A l'examen, rien d'anormal dans les parties molles. Pas d'épaississement de l'extrémité inférieure de l'humérus. A la mensuration, pas de différence de longueur des deux humérus.

De temps en temps, le malade jouissait d'un repos absolu de quelques jours. Il ne souffrait nulle part. Ces accalmies étaient de peu de durée; la douleur réapparaissait avec les mêmes caractères.

Au commencement du mois de mars, les souffrances s'atténuaient. Le malade pouvait quelquefois dormir la nuit. L'état général du sujet était devenu meilleur. Les douleurs restaient quelquefois huit jours complètement disparues. A leur réapparition, leur intensité était diminuée.

A la fin du mois d'avril, le malade ne souffre plus. Il est porteur d'une fistule au niveau de l'extrémité inférieure du tibia droit. Cette fistule se cicatrise, puis donne issue quelque temps après, à un pus séreux assez abondant.

15 juillet. — Le malade se plaint de nouvelles douleurs siégeant toujours à l'humérus gauche. Elles ont les mêmes caractères que celles qu'il avait ressenties quelques mois auparavant. Le jour, elles sont sourdes, mais continues. A la tombée de la nuit elles deviennent très vives.

A la palpation du membre douloureux, nous ne trouvons pas d'épaississement de l'épiphyse inférieure de l'humérus. A la mensuration, pas de différence des longueur des deux humérus.

25 octobre. — Les douleurs ont cessé au commencement du mois d'août. Elles n'ont plus réapparu depuis ce temps. La fistule du tibia droit donnant toujours issue à du pus, la trépanation de l'os a été faite. Greffe osseuse.

15 novembre. — Au moment de la visite, le malade nous appelle et nous apprend qu'il souffre tout le long de la colonne vertébrale, mais principalement au niveau de la région lombaire. Ce sont des douleurs profondes, fulgurantes qui l'empêchent de dormir et ne lui laissent aucun repos la nuit à partir de 8 heures du soir. A l'examen, nous ne trouvons rien d'anormal dans les parties molles. Pas d'épais-

sissement des vertèbres ; pas de douleur provoquée par la pression.

28 novembre. — Ces douleurs sont disparues spontanément sans laisser de traces.

OBSERVATION VII (personnelle).

Recueillie dans le service de le professeur PONCET.

Ostéo-myélite à foyers multiples. — Ostéo-myélite larvée de l'avant-bras gauche.

Louise B..., âgée de 19 ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires : parents bien portants. Deux sœurs jouissant d'une bonne santé.

Antécédents personnels : il y a six ans, péritonite aiguë. Trois mois après, fièvre typhoïde.

Pendant le cours de cette affection, complications osseuses à la partie inférieure de l'avant-bras droit, et au tiers inférieur du tibia droit. Ces complications osseuses étaient des foyers d'ostéomyélite aiguë.

Entrée à l'Hôtel-Dieu. Raclage et curetage.

Au commencement de l'année 1890, foyer d'ostéo-myélite à la hanche droite et à l'extrémité inférieure du fémur droit. Le malade subit une nouvelle opération. Immobilisation dans une gouttière.

En mai 1890, nouvel abcès ostéo-myélique apparaissant à l'épiphyse inférieure du fémur gauche et à la hanche gauche. La suppuration s'établit très abondante.

En avril 1892, la malade qui depuis un an n'avait plus souffert de lésions nouvelles, ressentit des douleurs atroces dans l'avant-bras gauche. Ces douleurs, à début brusque, étaient lancinantes, mais non continues. Elles arrachaient des cris à la malade, qui perdit ainsi l'usage de son membre gauche. Ces douleurs se repercutaient jusque dans les doigts de la main gauche.

La malade dit avoir ressenti en même temps une douleur

diffuse dans tout le membre supérieur gauche, lui donnant la sensation de fourmillement.

Ces douleurs, exagérées pendant la nuit, s'apaisaient un peu pendant le jour, où la malade prenait du repos.

A cette époque, pas de tuméfaction en aucun point du segment inférieur de l'avant-bras. Pas de changement de coloration de la peau. La pression n'exagérait pas la douleur. Pas d'élévation de température locale.

Cet état persista pendant plusieurs mois. Amaigrissement de la malade. Anorexie complète. Au mois d'août, apparition en quelques jours d'une légère tuméfaction à la partie inférieure de l'avant-bras gauche. C'était en cet endroit qu'avaient été localisées les atroces souffrances ressenties pendant les mois précédents. Les douleurs sont bien plus vives.

Frissons, fièvre. Exacerbation de la douleur à la pression.

Etat actuel, 15 février 1893. La jeune fille, quoique bien constituée, est amaigrie, pâle, sans forces.

A l'examen, elle présente des cicatrices en divers points des membres inférieur et supérieur. Elles sont larges, adhérentes à l'os, et résultent les unes de la guérison spontanée, les autres du grattage des foyers osté-omyélitiques correspondants. Il y a ankylose des deux hanches. Les deux cuisses sont fortement rapprochées l'une de l'autre. La malade marche très difficilement.

A la partie inférieure de l'avant-bras gauche, existe une tuméfaction assez limitée. Elle s'étend sur une longueur de quatre travers de doigt et siège du côté du cubitus principalement.

A la palpation, on sent un empâtement très net. Pas de fluctuation. A la pression, on provoque une douleur très vive.

Les douleurs fixes siégeant dans ce segment de l'avant-bras sont toujours persistantes. Elles ont perdu le caractère aigu qu'elles avaient avant l'apparition du gonflement.

Fin février. — Aucune opération n'a été faite à la malade. Les douleurs ont diminué peu à peu d'intensité. La tuméfaction a même rétrogradé, mais il y a toujours de l'empâtement.

OBSERVATION VIII (1).

Recueillie par M. le professeur PONCET.

Calcanéite ostéo-myélitique aiguë. — Ostéo-myélite larvée de l'extrémité inférieure de l'humérus droit.

La malade est une jeune fille de 19 ans.

L'affection a débuté par une douleur localisée dans le talon gauche, puis sont apparus quelques phénomènes généraux qui, d'après le récit de cette jeune fille, auraient été peu marqués. Les accidents locaux offrirent pourtant une certaine intensité, puisqu'il y eut du côté correspondant non seulement un œdème considérable du pied, mais un gonflement remontant jusqu'à l'articulation du genou.

La malade fut soignée à la campagne par un médecin qui pratiqua, sur la face postérieure et sur la face interne du talon, deux petites incisions qui sont restées fistuleuses.

C'est trois mois après le début de cette calcanéite aiguë qu'elle est entrée dans notre service, réclamant une intervention qui est seule en effet capable de la guérir.

Les symptômes calcanéens n'ont pas été les seuls qu'ait présentés cette malade. Elle nous a raconté avoir souffert à la même époque dans l'extrémité inférieure de l'humérus droit. L'os n'aurait présenté aucun gonflement appréciable, et quelques jours après leur apparition, les douleurs cessaient spontanément. Cette ostéalgie humérale nous paraît être de même nature que l'affection calcanéenne, ou tout au moins relever d'une même cause, une infection staphylococcienne, ici intense, là très atténuée.

Quinze jours après le début de son *ostéite* calcanéenne, la malade aurait eu de nouveau des frissons, de la fièvre, en même temps que des douleurs du côté de l'aisselle droite et de la paroi thoracique gauche, un peu en dehors du sein. Ces souffrances étaient provoquées par la formation de deux

(1) *Bulletin médical*, 2 juillet 1893. « Des calcanéites infectueuses », par M. le professeur A. PONCET.

abcès, qui ont du reste été ouverts et qui peuvent être aujourd'hui considérés comme guéris. Ces collections purulentes, indépendantes des organes profonds et du squelette sous-jacent, nous semblent également relever de la même cause que la calcanéite, c'est-à-dire d'une infection staphylococcienne ici développée dans le squelette, là dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur apparition, quinze jours après les accidents osseux, prouve simplement que ces infections locales ont pu sommeiller pendant un temps plus ou moins long et, sous l'influence d'une cause occasionnelle qui nous échappe, donner lieu à la suppuration.

Chez notre malade, gonflement du talon, double fistule à sa partie postérieure, autre fistule au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Une large incision, pratiquée sur le bord postérieur du calcanéum, après anesthésie et sous le tube hémostatique, conduisit sur un os dénudé dans la plus grande partie de son étendue, englobé pourtant sur nombre de points par des fongosités périostiques inflammatoires qui lui formaient un revêtement plus ou moins complet.

Quelques coups de détache-tendons l'ont mobilisé et ont permis son extraction.

Chez cette jeune fille de 19 ans, période de la vie où la croissance est près de s'achever, les accidents ostéo-myélictiques ont été moins graves. Il en a été de même du reste des phénomènes généraux.

OBSERVATION IX (personnelle).

Prise dans le service de M. le professeur PONCET.

Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche. —
Ostéo-myélite larvée du fémur droit consistant en douleurs passagères.

Joseph M..., verrier, âgé de 16 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 31 décembre 1892.

Antécédents héréditaires : parents bien portants. Plusieurs sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : pleurésie à l'âge de 11 ans. Quelques mois après la guérison, apparition de deux abcès costaux sur le côté gauche du thorax.

Au commencement du mois de décembre 1892, le malade ressentit de violentes douleurs dans le genou gauche. Le gonflement apparaît très vite. Fièvre, frissons. La suppuration s'établit par une fistule située sur le côté externe de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation du fémur gauche.

Fin janvier. — Le malade interrogé répond qu'il ressent dans le genou droit des douleurs lui donnant la sensation d'un éclair traversant l'os. Il souffre principalement la nuit. Les douleurs persistent quelquefois 2 ou 3 heures, puis restent huit jours sans apparaître.

L'examen de l'extrémité inférieure du fémur ne révèle aucun signe d'inflammation. Rien d'anormal dans les parties molles. Le fémur droit a son volume normal. Pas de douleur provoquée par la pression ou par les mouvements.

Fin février. — Le malade ressent encore quelques rares douleurs fulgurantes : mais elles ont diminué de fréquence et d'intensité.

OBSERVATION X (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.

Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia droit. —
Trépanation. — Ostéo-myélite larvée de l'humérus droit consistant en des douleurs passagères qui durèrent pendant quinze mois.
— Epaississement de l'extrémité inférieure de l'humérus droit.

Joseph R..., âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle avant l'année 1890.

Au mois de mai 1890, le jeune homme reçoit un coup violent à la partie supérieure du tibia droit. Il continue son travail, mais au bout de quelques jours il n'a plus la force

de marcher. Il ressent des douleurs très vives au niveau du point lésé. Gonflement très rapide de toute la jambe et du cou-de-pied. Fièvre, frisson, céphalée.

Applications de cataplasmes chauds.

Issue au bout de quelques jours, à la partie inférieure du tibia droit, d'un pus abondant, jaunâtre, strié de sang. Au milieu de ce pus, le malade a remarqué quelques petits séquestres.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 25 août. Opération le 5 septembre.

Au mois d'octobre, il ressent de vives douleurs à l'extrémité inférieure de l'humérus droit, sourdes pendant la nuit et se prolongeaient même jusqu'à minuit.

Insomnie complète. Le malade dit qu'il poussait des cris et que parfois même il avait du délire.

Ces douleurs étaient lancinantes, s'irradiant quelquefois dans les doigts.

Le malade a observé qu'il y avait tous les mois une période de quelques jours où il jouissait d'un calme complet. La douleur était complètement disparue. Mais au prochain changement de température, elle reparaisait avec les mêmes caractères.

Ce jeune homme n'a jamais rien remarqué d'anormal dans son articulation du coude. Les os avaient leur volume normal. Il pouvait exercer une pression, faire des mouvements sans augmenter la douleur.

Au mois de février 1893, époque à laquelle nous le voyons pour la première fois, le sujet est porteur d'une ankylose du coude droit et immobilisé dans une gouttière.

Il ne ressent plus de douleurs dans l'extrémité inférieure de l'humérus droit.

En palpant cette extrémité, on la sent nettement hyperostée. Pas d'épaississement du cubitus ni du radius. Les parties molles entourant l'articulation ne sont pas empâtées, mais offrent une résistance dure sous le doigt. Pas de points douloureux.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom d'ostéo-myélite larvée, M. le professeur Poncet désigne une forme particulière d'ostéo-myélite essentiellement caractérisée par des douleurs osseuses sans aucune manifestation clinique appréciable : d'où le nom encore d'ostéalgies ostéo-myélitiques.

II. — Ces ostéalgies ont été observées chez des sujets atteints à un moment donné d'ostéo-myélite suppurée. Nous les considérons comme des manifestations locales très atténuées d'une infection ostéo-myélitique générale. Ces ostéalgies à distance, dont l'existence n'avait point jusqu'à ce jour été signalée, apparaissent en même temps que les signes locaux d'autres manifestations osseuses suppurées, séquestrales. Survenant dans le cours d'accidents aigus, parfois horriblement douloureuses et chez des jeunes sujets atteints souvent de phénomènes cérébraux (délire, somnolence, etc.), l'ostéo-myélite larvée peut,

comme son nom l'indique, passer inaperçue, surtout si l'attention du malade n'est pas appelée sur l'existence de douleurs dans d'autres parties du squelette que celles qui sont uniquement frappées.

III. — Ces ostéalgies, le plus ordinairement passagères, se rencontrent à peu près exclusivement sur des os longs. Elles disparaissent le plus souvent spontanément après un temps plus ou moins long, mais elles peuvent aussi persister pendant des mois, des années. Dans ces conditions, l'ostéo-myélite larvée devient une véritable ostéo-myélite à forme névralgique. Les douleurs s'exaspèrent à certains moments, sans causes appréciables, et chez nos malades nous les avons vues se présenter pendant la nuit à la manière de toutes les ostéalgies. Chez de jeunes sujets, l'ostéo-myélite larvée constituant un foyer d'irritation permanent peut influencer sur l'accroissement d'un os malade, ainsi que du reste nous en rapportons une très belle observation (obs. I recueillie par M. Poncet).

IV. — Ces ostéalgies ostéo-myélitiques reconnaissent pour cause une infection locale très atténuée de certaines portions du squelette, qui estensemencé en totalité dans les ostéo-myélites suppurées, non seulement dans le cours de la maladie, mais après (Jaboulay), et comme nous en fournissons du reste expérimentalement la preuve.

V. — L'ostéo-myélite larvée est pour M. Poncet le fait de colonies microbiennes d'une virulence insuf-

fisante pour provoquer les lésions cliniques d'une lésion osseuse. Elle n'en est pas moins une manifestation osseuse avec laquelle il faut compter, car elle ne sera parfois que la première étape d'une affection inflammatoire plus grave devant nécessiter une intervention chirurgicale curative; large débridement osseux, trépanation. C'est ainsi que certains abcès intra-osseux peuvent reconnaître comme point de départ une ancienne lésion osseuse éloignée, éteinte depuis longtemps.

VI. — En résumé, nous pensons, avec M. le professeur Poncet, que dans une infection ostéo-myélique se traduisant du côté du squelette par des lésions locales suppurées, on peut observer d'autres manifestations osseuses de même nature, d'origine staphylococcienne le plus souvent, et se révélant exclusivement par des ostéalgies plus ou moins vives, distantes du foyer infectieux. Cette ostéo-myélite larvée, appelée le plus ordinairement à disparaître spontanément, peut cependant persister avec ses caractères pendant un temps plus ou moins long; et plus tard, sous l'influence de causes occasionnelles, donner cliniquement naissance à une véritable ostéo-myélite.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,
L'assesseur,
G A Y E T.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOMMERS : Deutsche Med. Wochensch., 8 juin 1893.
CORNIL : Rech. sur la nature du lupus. Arch. de physiologie, avril 1884.
CULOT : Thèse, Paris, 1871.
EVEN : Thèse de Paris, 1892.
GARRÉ : Beitrage zur Klin. Chir., 1893.
HEYDENREICH : Art. Os. Dict. Dechambre.
JABOULAY : Thèse de Lyon, 1885.
JACCOUD (Dict.), t. XXV, art. Os.
JAUBERT : Thèse de Paris, 1885.
LANNELONGUE : De l'ostéo-myélite aiguë pendant la croissance, 1878.
LOUVET : Thèse de Paris, 1862.
OLLIER : Encycl. de chirurgie, t. IV.
PONCET : Province médicale, 21 janvier 1893.
— Bulletin médical, 5 février 1893.
— Lyon médical, 29 janvier 1893.
— Art. fièvre de croissance, Duplay-Reclus, t. IV.
VERNEUIL : Société de chirurgie, 14 octobre 1885.
— Académie des sciences, 15 mai 1893.

